Pieczątka Pracodawcy

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Imię:  |  |
| Nazwisko: |  |
| PESEL:  |  |

W związku z potrzebą wykonania szczepienia przeciwko COVID-19 potwierdzam, iż powyższa osoba należy do grupy **zero** Narodowego Programu Szczepień. Jako pracodawca nie jestem w stanie samodzielnie wystawić eSkierowania.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kierownik / Dyrektor / Prezes